公益財団法人　笹川保健財団

理事長　佐藤　英夫　宛

下記の通り、助成事業の変更申請をいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 事業 ID |  |
| 団体名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者連絡先(email address) |  |
| 変更内容 | **カテゴリー:** [ ]  事業内容[ ]  事業期間[ ]  予算[ ]  その他**詳細:** |
| 変更理由: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体住所 |  |
| 団体名  |  |
| 代表者 |  |
| 申請日 |  |

\*押印または代表者署名をお願いします。